

業務拡大した介護福祉士及び看護師の 政策決定に影響した要因

野 村 陽 子

1 はじめに

高齢者ケアを担う職種である介護福祉士と看護師の資格制度が、業務を拡大する方向で相次いで改正された。改正の内容は、介護福祉士がたんの吸引等の医療的ケアを実施できるようにしたこと、また、看護師はこれまで医師が主に行っていた医行為の一部を特定し、研修を修了した看護師がプロトコールに基づいて特定の行為を実施できるとしたものである。

介護職と看護職は、直接的なケアを行う職種として類似なものとみられているが、制度の歴史的経緯をみると、かなり異なっている。看護師は1915年に創られた看護婦規則が基礎となった制度で、1948年に保健婦規則、助産婦規則と合わせて保健師助産師看護師法(以下「保助看法」とする)となっている。その後、看護師の業務独占とされている「診療の補助」の一部を担う職種として、理学療法士や臨床工学技士などの医療関係職8職種が新たに誕生してきたという経緯がある。一方、介護福祉士は高齢社会を目前に控えた1987年に、初めての福祉分野の国家資格として社会福祉士とともに創設されており、制度としての歴史は看護師と72年間の開きがある。

このような2つの資格制度が、近年になって業務を拡大する方向で改正されたということは何を意味しているのであろうか。そして、これらの法改正は福祉分野と医療分野という異なる政策分野で展開されたことから、2職種に共通する制度改正の意図が見えにくくなっている。

そこで、本研究では、高齢化が進むわが国において、ケア関連職種の人材政策の今後の方向性を探ることは意義があると考えことから、2011年の社会福祉士及び介護福祉士法(以下「介護福祉士法」とする)改正及び2014年の保助看法改正の政策過程をキングダムの「政策の窓モデル」を用いて比較分析し、政策決定に影響を及ぼした要因を明らかにすることを目的とする。

2 研究方法

研究方法是、介護福祉士と看護師の資格制度について、その歴史的変遷を抑えた上で、2つの法改正に係る政策過程に関係する資料を収集し分析する。

第1に、介護福祉士法改正と保助看法改正について、政策課題が浮上する背景と課題を政策

企画者が認識する過程、そして、モデル事業の成果を踏まえて、政策案を作っていく過程に係る既存の資料を収集する。また、政策決定の場である国会の審議についても情報収集し、これらの過程における政治、行政、団体の動きを整理する。また、既存の資料からは得られにくいと考えた事項については、関係者へのヒアリングも実施した。

第2に、これらの制度改正の経緯について得られた情報をもとに、アクター関係に着目して、キングダムの3つの流れ、すなわち、問題の流れ、政策の流れ、政治の流れについてその動きを整理する。

第3に、2事例を比較し、政策決定に影響を及ぼした要因を分析する。そして、今後の課題として、高齢者のケアを担う職種の資格制度変革の方向性について考察した。

3 改正法における政策決定過程

1) 介護福祉士法改正の政策過程

(1) 問題の背景

介護福祉士法が改正された背景にはいくつかの側面がある。1つは高齢化の進行により医療的ケアが必要な高齢者が増加したこと、2点目は、医療技術等の進歩により医療機器を装着した患者が在宅で生活できるようになったことである。

一方、制度の側面からみると、医療的ケアが必要な高齢者の多くは療養病床などに入院していたが、医療制度改革により療養病床を削減する方向が示され、また、入院日数の短縮化により、医療的ケアが必要な高齢者が在宅や福祉施設に増えていった。このため、たんの吸引などの医療的ケアを誰が担うのかが問題となったのである。

2000年に出版された『介護現場の医療行為』⁽¹⁾によると、違法であることを承知で医師や看護師の指示で医療的ケアをやらざるをえない介護職員の実状が記述されている。

このような状況に対して日本看護協会は、2000年1月に厚生省へ「ホームヘルパー等無資格者の医療行為の禁止の遵守に関する要望書」を提出し、たんの吸引等の医行為が看護職で実施できるよう環境整備を求めている。また、日本小児神経学会は、障害児が学ぶ学校では医師の指導のもと一般教員が医療的ケアを実施することを是認すべきであるという見解を示している⁽²⁾。

(2) 政策課題の認識と行政の対応

この問題を政策課題として取り上げた経緯や時期は、在宅と施設で若干異なっていた。

まず在宅をみると、きっかけはALS患者団体が国会議員を通して厚労大臣に医師の指導を受けたヘルパー等が吸引を行うことを認めてもらいたいとする要望書を手渡している。大臣はすでに開催していた「新たな看護の在り方に関する検討会」に「看護師等によるALS患者の在宅療養支援に関する分科会」を設置し、2003年2月から検討を始めた。この分科会でたんの吸引について議論が行われ同年6月に報告書がまとめられ、これを踏まえて、翌月に在宅

ALS 患者へのたんの吸引等を違法性の阻却と解した厚労省医政局長通知が出され、一定の条件下で介護職が実施可能となったのである。その後、違法性の阻却とされる対象者は ALS 以外の在宅療養者へと広がった。

一方、福祉施設であるが、特別養護老人ホーム(以下「特養」とする。)では、夜間に看護職が配置されていないことから、医療的ケアを必要とする高齢者の入所を拒否するなどの対応をとっていた⁽³⁾。このような中、2006年の通常国会で医療制度改革が行われ、介護保険法が改正されて介護療養病床の廃止が決められた。同年9月には「介護施設の在り方に関する委員会」が開催され、療養病床の患者を老人保健施設に移行する方策が検討されたが、老人保健施設への移行は順調に進まなかった。この間に医療的ケアを必要とする高齢者は在宅や福祉施設で増えていった。

2008年9月に厚労省は特養における医療的ケアに関する実態調査を行い、これを基礎データとして対策の検討を始めている。1つは、同年11月に厚労大臣が開催した「安心と希望の介護ビジョン」で、その報告書には介護従事者が医師や看護師との連携の下に、医療的なケアのニーズが高まっている施設において、経管栄養や喀痰吸引を安全性が確保される範囲内で行うことができる仕組みを整備することが明記された。そして、2009年2月には「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関する検討会」を設置し、検討会の下で同年7月から2010年3月まで「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関するモデル事業」が行われ、このモデル事業の検証結果を踏まえて、当該検討会報告書が同年3月31日に取りまとめられている。この検討会報告書に基づき、翌4月1日に医政局長通知が出され、介護職が行う特養におけるたんの吸引と経管栄養は、一定の条件の下で違法性は阻却されると整理された。

(3) 関係団体の動き

この時期の関係団体の動きについて、特養の検討会議事録からみていきたい⁽⁴⁾。

日本医師会は、医療的ケアが必要な高齢者は特養ではなく医療機関に入れるべきであり、特養に限定した違法性の阻却で対応するのではなく合法化の議論をすべきであると述べており、また、日本看護協会は、安全性を確保するため実施状況検証体制を構築することや特養の看護職員配置基準の見直しを求めている。全国老人福祉施設協議会は、特養の違法性の阻却はやむを得ない当面の対応であること、介護職への研修は積極的に実施していくとしており、また介護福祉士会では、労働強化にならない体制整備と研修の実施を求めている。

また、検討会委員であった有識者からは、在宅でのたんの吸引等の行為は、患者と介護従事者の個人契約で行われていることから制度化すべきという指摘や⁽⁵⁾、違法性の阻却は緊急避難的な扱いで例外的なものである、実態に合わせて法律を改正すべきという提言が示されている⁽⁶⁾。

なお、特養での医療的ケアの検討を行っている最中の2009年9月に、自民党から民主党に政権交代が行われ、たんの吸引等を介護職が実施できるとする法改正が行われたのは民主党政権

時代であった。

(4) 更なる問題の発生と政策課題の設定

在宅と特養において介護職が一定の条件下で医療的ケアを実施できることとなったが、これで問題は解決したわけではなかった。在宅では、医療的ケアの実施は利用者と介護職の個人契約であったため、これを実施する介護職は少なく、また、在宅で実施するための条件が6つ示されていたが、そのすべてをクリアしているのは6.4%に留まっていた⁽⁷⁾。そして、責任の重い行為を実施するインセンティブ(介護報酬)がないことなどから、介護職による医療的ケアの実施は進まなかった。また、施設では、特養以外のグループホーム、ケアハウスなどでは介護職が医療的ケアを行うことは違法であったことから、このような施設に医療ニーズのある療養者が入所ができない状況は続いていた。

(5) 政策案の検討

どのような経緯で2011年の介護福祉士法改正の議論が始まったのかについて明確にできる資料は見当たらなかったが、得られた資料から整理すると、医政局長通知が出された2か月後の2010年6月に、閣議決定された「新成長戦略」、「規制・制度改革に係る対処方針」及び「障害者制度改革の推進のための基本的な方向性について」の中に、一定の条件下で医行為を介護職に解禁する方向で検討することが盛り込まれている。この動きを受けて、厚労省では2010年7月に厚労大臣が参集する検討会として、「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会」(以下「たんの吸引検討会」とする)が開催されている。

第1回のたんの吸引検討会には厚労大臣と政務官が出席し、大臣からこの問題はなかなか前に進まなかったが政権交代を契機に取り組んでいきたいこと、そして検討会の議論の結果を来年の法改正に盛り込みたいことが述べられていた。また、検討会開催中の同年9月に、菅総理大臣から法整備を早急に進めることが指示され、その後、長時間に及ぶ議論の末、同年12月の第7回検討会の後に中間報告がまとめられた。

一方、厚労省の審議会の動きであるが、介護保険制度の改正に向けた議論が社会保障審議会介護保険部会で行われており、2010年11月30日に「介護保険制度の見直しに関する意見」が取りまとめられている。ここにはたんの吸引等を介護福祉士や一定の研修を修了した介護職員等が行えるよう法整備を行うべきであることが明記されている。

(6) 関係団体の動き

ここで、この政策案をまとめる段階で出された関係団体の意見をみると、日本看護協会は、入所者の安全性が最も重視されるべきで、実施状況検証体制の構築、看護職員の配置基準の見直し、そして介護職を指導する看護職への負担が集中することに留意するよう求めている⁽⁸⁾。また、日本医師会は、たんの吸引等が医行為ではないとすれば介護職が行うことに問題はないが、医療職以外の者が医行為を実施することは容認できないと見解を述べている⁽⁹⁾。また、介護福祉士会は、これまで違法性の阻却がない事業所では、暗黙の了解のもとで医行為が実施されていたが、これが法的に制度として実施することになったことを評価している。また、

医行為をするといっても医療職になるのではなく、介護福祉士の本来業務であるの生活支援の一環として行うものと考えていると述べている⁽¹⁰⁾。

(7) 政策決定(国会審議)

介護福祉士法改正案は、2011年の第177回国会に「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」内閣提出として上程され、介護福祉士法案の審議は、同年5月20日から衆議院厚生労働委員会で始まっている。5月27日には衆議院厚生委員会で法案の一部を修正して採決が行われ賛成多数で可決された。その後、参議院に送付され同年6月7日から参議院厚生労働委員会で審議が始まり、6月14日には採決が行われ賛成多数で可決されている。

この間の介護福祉士法改正に関する質疑をみると、衆議院では与党から①責任の範囲や所在、②介護報酬での評価、③医行為の範囲などの質問が出され、また野党の自民党から①安全性の確認と担保、②研修期間の妥当性、③定期的な指導監督について質疑が行われた。また、看護師不足や訪問看護が位置づけられていないところを介護で補う発想ではないかとの懸念が示された。

一方、参議院では、与党からは研修体制の取組について質問があり、また野党から①介護報酬での対応、②事故が起きた時の責任体制、③介護福祉士のキャリアアップ、④医師との連携体制、⑤たんの吸引、経管栄養以外に更に拡大するのかなど幅広い質疑が行われている。

2) 保助看法改正の政策過程

(1) 問題の背景

看護師の役割を拡大する議論のきっかけは、2004年に始まった新医師臨床研修制度を引き金として全国的な医師不足が社会問題となったことに端を発する。それ以前の看護業務を見直す動きとしては、厚労大臣の指示で設置された「新たな看護のあり方に関する検討会」がある⁽¹¹⁾。この検討会では2002年に中間まとめが作成され、これを基に1951年の医務局長通知により禁止されていた看護師等の静脈注射の実施が解禁されている。また、前述したようにこの検討会の分科会として、ALS患者の在宅療養支援について検討が行われ、介護職のたんの吸引が検討されたことはすでに述べたとおりである。

このような動きがある中で、全国的な医師不足問題が発生したのである。

(2) 政策課題の認識と行政の対応

医師不足や診療科の偏在等により医療崩壊とまで言われた社会問題が起きたことから、厚労省はその対応に迫られた。政府・与党では2007年に「緊急医師確保対策」を取りまとめ大幅な予算の確保を図り、また、医師養成数の増加、医師派遣システム、労働環境の改善、診療報酬による対応などが相次いで実施された。この医師不足対策の一つとして、医師以外の職種の業務を見直し、医師の負担を軽減させるというチーム医療・役割分担を推進する方向性を示した厚労省医政局長通知が2007年12月に発出された。この中に医師でなくても対応可能な業務を明

示し、看護師等のコ・メディカルがそれぞれの専門性を発揮すべきであることが明記された。

そして2008年6月には、厚労大臣が主催した検討会「安心と希望の医療確保ビジョン」がまとめられ、この中に看護師が専門看護師や認定看護師の取得を推進する方策を講じ、その普及・拡大に努めることが明記されている。また、2009年3月には「看護の質の向上と確保に関する検討会」の中間とりまとめが示され、ここにはチーム医療推進の観点から、看護職の業務の状況を踏まえてそれぞれの専門性に沿って担うべき業務の範囲と実施に必要な知識や技術を整理することが記述されている。

これらの資料を読む限り、医師不足問題をきっかけとした看護師の業務拡大に関する政策は、現行制度の範囲内で見直す方向性が示されているだけで、政策企画者は法改正につながるような政策課題として認識していなかったと推察される。これが、どのような過程を経て制度が改正されたのであろうか。

(3) 政策課題の明確化

前述した厚労省検討会の動きと相前後するが、米国では看護師の専門職化が進み、1965年からナースプラクティショナー(NP)の養成が始まり、その活動が評価され全米そして欧州等にも普及していった。わが国には2000年頃から米国のNPが紹介され、2008年には看護系雑誌や医学系雑誌にも紹介されるようになり、同年4月から大分県立看護科学大学大学院においてNPの養成が始められている⁽¹²⁾。また、2009年3月の総理大臣主催の「経済危機克服の有識者会合」において、日野原重明氏から、医師不足への私案として米国やカナダの修士レベルの教育を受けた専門看護師(NP)が紹介されている。このような欧米を中心とする看護師の役割拡大の動きは、我が国の看護師業務に係る政策過程に影響を与えていたと思われる。

看護師の業務拡大について具体的な制度改正への動きがみられたのは、2007年12月にまとめられた「規制改革推進のための第2次答申」で、ここには、看護師の職能範囲拡大として、諸外国の状況からナースプラクティショナーなどの職能の導入が必要であるとの認識もあると初めてNPが明記された。そして2009年3月に閣議決定された「規制改革推進のための3か年計画(再改定)」で、医師及び他の医療従事者の供給体制のあり方の検討として、専門性を高めた新しい職種(慢性的な疾患・軽微な疾患については、看護師が処置・処方・投薬ができる、いわゆるナースプラクティショナーなど)の導入について実態を踏まえてその必要性を検討することが明記された。そして、同年5月の経済財政諮問会議において総理大臣から、看護師の役割拡大について厚労省で具体的に検討すべきという指示があり、その翌月に閣議決定された「経済財政改革の基本方針2009」において、医師と看護師等の間の役割分担の見直し(専門看護師の業務拡大等)について専門家会議で検討を行う方針が示された。

このように規制改革や経済財政の立場から看護師の業務拡大を検討せよという動きがある中で、厚労省は2009年8月に「チーム医療の推進に関する検討会」を設置し議論を開始している。なお、このような動きに対して、日本医師会は定例記者会見で、NP導入は反対であることを表明している⁽¹³⁾。

(4) 政策案の検討

チーム医療の推進に関する検討会の検討課題は、医師と看護師等の役割分担、看護師等の専門性の向上が中心的な課題で、2010年3月に報告書が取りまとめられた。この中で、チーム医療の基本的な考え方が整理されるとともに包括的指示の活用により看護師の実現可能な行為を拡大すること、そして一定の教育を受け臨床実践能力を有した「特定看護師(仮称)」の新たな枠組みが提案された。

(5) 関係団体の動き

この報告書のまとめに入った時点でいくつかの団体から要望書が出されている。それによると、チーム医療推進協議会からは、看護職以外のメディカルスタッフの役割拡大についても議論すること、また、外科学会等からは、特定看護師(仮称)の早期確立をするよう要望書が出され、日本専門看護師協議会からは、すでに活動している専門看護師の業務の評価や普及を進めることが要望として出されている。

一方、日本医師会は、当該検討会委員であった医師会理事から、看護師の役割拡大を優先すべきで法制化ありきの議論には賛成できないこと、国民や医療現場の意見を尊重すべきであるとする意見書を検討会に提出している。また、日本看護協会は一貫して特定看護師(仮称)の早期実施と法制化を求めている。そして、NPについては特定看護師(仮称)の導入を踏まえて発展的な検討をしてほしいという意見を表明している⁽¹⁴⁾。

(6) 試行事業を踏まえた政策立案

検討会で提案された特定看護師(仮称)の政策案を具体化するために、2010年5月に「チーム医療推進会議」が立ち上げられ、同会議の下に設置された看護業務検討ワーキンググループにおいて、教育内容や特定の医行為等を明確にするため、看護業務実態調査と特定看護師(仮称)養成調査試行事業が行われている。

これらの事業の成果を踏まえて2013年3月にチーム医療推進会議の報告書として「特定行為に係る看護師の研修制度について」がまとめられた。

この研修制度の枠組みは、①診療の補助のうち、高度な専門知識及び技能等をもって行う必要のある行為(特定行為)を明確にする、②医師の指示の下、プロトコルに基づき特定行為を行おうとする看護師については、厚生労働大臣が指定する研修機関における研修の受講を義務付ける、③厚生労働大臣は、研修を修了した看護師について看護師籍に登録するとともに、登録証を交付するとされている。そして特定行為の具体的な内容は限定列举方式で省令等に定めること、研修機関の指定は審議会の意見を聞くことや研修の内容等は省令等で定めること、また登録証は国家資格を新たに創設するものではないことが明記されている。

なお、政策案が「特定看護師(仮称)」から「特定行為に係る研修制度」となった経緯については、入手した会議資料等からは明らかにすることができなかった。

その後、この政策案は2013年6月に社会保障審議会医療部会で議論され、保助看法改正案に対する意見は特段なく、医療法等の一部を改正する法律案(仮称)としてまとめられ、2014年度

の通常国会に「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案」(以下「医療介護総合確保推進法案」という。)として提出された。

(7) 政策決定(国会審議)

特定行為に係る研修制度を明記した保助看法改正は、2014年4月1日から医療介護総合確保推進法案として審議が行われた。この中に含まれていた介護保険法改正や医療法改正等の重要法案の審議に多くの時間が割かれ、保助看法について議論が行われたのは、衆議院では3日間、参議院では2日間であった。質疑の主な内容は、衆議院では野党から特定行為のリスクや医師と看護師の責任の範囲、また与党からは特定行為を行う看護師の養成についてであった。また、参議院では米国のNPのような新たな資格制度を創るべきではないか、特定行為ができる看護師とできない看護師が混在するので、現場で混乱が起きるのではないかな等の質疑が行われている。

このような審議の後、保助看法改正案を含む医療介護総合確保推進法案は、同年6月18日に参議院本会議において賛成多数で可決成立した。

4 政策決定の要因分析

介護福祉士法と保助看法改正の政策決定過程をキングダンの「政策の窓モデル」を用いて比較分析し、なぜ政策の窓が開いたのか、すなわち、問題の流れ、政策の流れ、政治の流れが合流した要因は何であったのかについて考察する。

1) 問題の流れ

(1) 問題のインパクト

社会で問題が発生し、それが公共政策の課題として認識されるきっかけには、様々な出来事があり、キングダムは社会的な指標、危機や災害の発生、政策のフィードバック、予算編成作業、政策企画者の個人的経験などがあると述べているが⁽¹⁵⁾、今回の2つの法改正の「問題の流れ」が動き出したきっかけは、いずれも社会問題の発生であった。

すなわち、介護福祉士法では、たんの吸引等の医療的ケアを必要とする療養者が在宅や福祉施設で増加し、家族と医療従事者のみでは対応できずに介護職が違法を承知でそれを実施していたという問題である。一方、保助看法では、直接看護師に係る問題状況はなかったが、医師不足という社会問題が発生したことがきっかけであった。社会問題としての重要性や緊急性は、マスコミの取り上げ方をみると医師不足の方がインパクトがあり、政策課題として認識されやすかったと考えられる。事実、介護福祉士法では問題が指摘されて政策案の検討が始まるまでに約10年もかかっているが、保助看法では4、5年という短さであった。このことから政策課題を政策企画者が認識する上で影響を与えていた要因には、社会問題のインパクトの大きさがあったと考えられる。

(2) 制度改正への圧力

法改正に向けた検討に影響を与えていたと考えられるもう一点は、内閣府に設置された規制改革会議や経済財政諮問会議などの動きであった。

介護福祉士法改正では、在宅と特養のたんの吸引等の実施に対して医政局長通知が出されていたが、その実施は一部に限られ問題が解決していないことから、政策のフィードバックとして法改正を検討する動きが始まっている。その動きに影響を与えたのは2010年6月に相次いで出された「新成長戦略」、「規制・制度改革に係る対処方針」、そして「障がい者制度改革推進会議の報告」が法改正の議論を後押ししていた。事実、これらが出された1か月後には、厚労省でたんの吸引検討会が始まっている。また、この検討会の開催中に総理大臣から法整備を早急に進めるという指示があったことも影響していたと思われる。

一方、保助看法改正では、自民党政権であったが経済財政改革の基本方針、規制改革会議の計画に看護師の業務拡大が明記され、そして経済財政諮問会議で総理大臣から指示があり、法改正を意図したチーム医療の推進に関する検討会で議論が開始されている。

このことは、資格制度の業務内容を変更するという利害対立が起きやすい政策において、その制度改革を進めるためには、問題の流れの段階から制度を所管する厚労省以外の組織が関与していたことが、政策を動かす上で影響を与えていたと考えられる。

2) 政策の流れ

(1) モデル事業による実現可能な政策案

政策課題が明確となり、その解決方法は制度改正、すなわち法改正を行うという方向性が明らかにされた段階で厚労省の検討会が開始されている。法改正の基となった政策案の作成過程をみると、介護福祉士法では在宅での実施方法の検討や検証を行っており、また特養ではモデル事業で詳細な検討が行われ、安全に医療的ケアを行う方法や医療職との連携のあり方などを実践的に検証して、具体的な政策案の内容を詰めている。

一方、保助看法では、チーム医療の推進に関する検討会で「特定看護師(仮称)」という案が示され、その後に開催されたチーム医療推進会議で3年間という時間を掛けた業務実態調査や養成試行事業が行われ、それを基にした実現可能性のある政策案がつくられている。

松下は政策を実現するための手段として政策手法の開発が要請されることを指摘しているが⁽¹⁶⁾、まさに、検討会の下で行われたモデル事業を通して、政策案を模索して形づくっていったと言える。

キングダムは、政策領域ごとの政策コミュニティの中で政策案の様々なアイデアが生成消滅し、そのなかで消滅を逃れたアイデアが政策案として生き残ると述べているが、今回の2事例では、原子スープのような状況は見られていない。これは政策テーマがかなり専門的な領域であり、またミクロな政策であったためと思われる。そして、キングダムは多くの政策案の中で生き残る条件は技術的フィジビリティが確保されていることと述べており、机上ではなく

現場で試行するモデル事業によって実現可能な政策案がつくられたことは、制度決定につながった要因と考えられる。

(2) 効率的な関係団体調整による合意

政策案の合意形成の動きは、検討会を中心に行われていた。検討会の委員構成をみると、介護福祉士法では検討会委員18名のうち10名が関係団体の代表者で、また、保助看法では、チーム医療推進会議の委員14名中11名が関係団体の代表者となっており、まさに関係団体の調整が検討会という場で行われていた。その上、委員として加わっていない関係団体からの意見や要望を検討会で受け止めつつ議論が進められ、合意形成の場となっていた。その上、政策案をつくる段階で行われたモデル事業(試行事業)には関係団体が関与していたことから、これがバンドワゴン効果となり、合意形成を容易にしていたと考えられる⁽¹⁷⁾。

資格制度の検討は、既存職種の業務範囲を変更する議論であるため、利害が対立しやすい政策であることは既に述べたが、このような検討会という公開の場で、関係団体が一堂に会するからこそ調整ができたのではないと思われる。検討会の議事録をみると平行線の議論も多く、微妙なところで合意形成がされたと考えられる。しかし、合意に至った最終的な議論は議事録から読み取れず、水面下で調整が行われたと推察される。今後、最終合意に係る資料が出された段階で再度分析を試みたい。

3) 政治の流れ

(1) 改正案は重要法案の一部

介護福祉士法改正案は2011年の介護保険法等の一部を改正する法律案の1つとして、また、保助看法改正案は2014年の地域医療介護総合推進法案の中の1つとして、閣議を経て国会に上程された。

この2つの法案は、前者は民主党政権、後者は自民党政権であったが、いずれもわが国の高齢社会にいかに対応するかという重要法案で、政府としては成立を期すべき法案であった。このため、一連の法律とともに介護福祉士法と保助看法は、改正の主旨に則った法律として成立している。

介護福祉士法案、保助看法案が単独の改正法として国会に提出されなかった理由は、厚労省の法案を国会に出す時期や国会運営などに関係があったものと思われるが、結果として重要法案の一部として改正されたことは、政策決定を容易にしていたと考えられる。

(2) 規制改革の動き

政治の流れに影響を与えるのは、職能団体(利益集団)などの組織化された政治力もあるとキングダムは述べているが、この2つの法案は職能団体の政治力が影響する政策テーマであるが、今回の政策過程を見る限り、職能団体による政治への影響はあまり顕著ではない。

また、政党による政策の違いに着目すると、介護福祉士法案は民主党政権の時代に検討が行われ政策決定も民主党の時代であったが、保助看法案は自民党政権で検討を開始し、政策案を

練っている間は民主党、そして国会審議が行われた時期は自民党政権であった。このような政権交代が行われた中で、保助看法改正の議論が続いていたが、政策の大きな方向性は変更されておらず、政権交代の影響は受けていないとみられる。

これは何を意味するのかを考えてみると、2つの改正案は共に「規制改革」という動きの中で行われた政策であったということが見えてくる。規制改革を推進することは世論を背景とした動き(国民的ムード)で、自民党、民主党ともにこれを重要政策と位置づけており、この動きの中で介護福祉士、看護師の資格制度の変革が行われたということである。このため、職能団体と親密な関係にある議員であっても、それぞれの党の重要政策課題を優先する立場をとったことから政策決定に至ったと考えられる。

5 今後の方向性

2つの資格制度が改正された背景と政策決定過程を分析してきたが、今回の改正は高齢社会に対応した制度を創っていく過程で起きた制度改正である。今後の社会構造の変化を考えると、資格制度の検討は重要な政策分野になると推察されることから、資格制度の変革の方向性についてここで整理しておきたい。

1) 国民のニーズの変化に合致した職種

政策課題が浮上したきっかけは、介護福祉士法は在宅 ALS 患者の切実な問題意識からであり、一方、保助看法は医師不足という社会問題であったが、決定した政策は両者ともに業務を拡大するという法改正であった。その方向は、介護福祉士は看護師業務へ、そして看護師は医師業務へと拡大していったのである。このことは何を意味しているのだろうか。

社会の動きを考えると、国民のケアニーズの変化、すなわち、高齢化が進行し慢性疾患や障害を有する者が地域で生活し、これを支える必要性が高まっているということである。「医療モデル」から「生活モデル」に転換することが求められる中で、ケア関連職種は狭く閉じこめるのではなく越境していくことが重要であると広井が指摘しているように⁽¹⁸⁾、ケア関連職種は業務を拡大し、ケアを必要とする社会のニーズに合致した職種へと変革していくことが今後の資格制度改革の方向性であると考えられる。そのためには、介護福祉士の政策過程で見られたような、現場(受益者)のニーズから政策立案につなげる動きが、今後特に重要になってくると考える。

2) 医療と介護が担える専門職

看護師の業務範囲としてきたものが、医療の高度化、医療ニーズの多様化等により拡大され、それぞれの専門分野を担う職種として医療関係職種が誕生してきているが、介護福祉士法の改正により、医療職以外の職種が医行為を行うという新たな動きは何を意図しているのだろうか

か。

たんの吸引検討会の座長であった大島は、医療技術が進歩する中でそれを担う職種がうまれること、高齢化社会にあつては、医療は治療から生活支援へと求められる中で、介護職への医行為の技術移転が起きたものである。そして今後も技術移転は時代や社会の変化によって担い手や提供の在り方が変わることを示唆しており、根底に医行為とは何かという議論が必要であると述べている⁽¹⁹⁾。その意味では、明治時代以降、連綿と創り上げてきた医行為を担う医療資格制度について、見直す時期にきているのではないと思われる。

また、医療と介護の資格制度を検討する時に留意すべきことは、介護福祉士の立場から医行為が拡大されることで医療職になるのではなく、介護福祉士の専門性である生活援助の延長線にたんの吸引等の行為があると主張しているように、それぞれの職種の専門性を尊重した制度の見直しを行うべきではないかと考える。

今後、地域包括ケアシステムを具現化する中で行われるであろうケア関連職種の変革は、ケア時代にふさわしい資格制度のビジョンを描いていく必要がある。その際には、欧州で数年前から行われているケア職種の改革の方向性^(20, 21)も参考にしつつ、日本の文化に合致した資格制度へと変革を進めることが求められている。

謝辞

本研究にご協力いただきました関係者の皆様に深謝いたします。また、本研究の一部は、日本公共政策学会2016年度研究大会において発表した。

注

- (1) 民間病院問題研究所『介護現場の医療行為—その実態と方策を探る—』日本医療企画、2000年
- (2) 『朝日新聞』2002年10月24日
- (3) 打田仁美「特集 介護職と医療ケア 試行事業受講者の立場から」『月刊福祉』7月号、全国社会福祉協議会出版部、2011年
- (4) 厚生労働省『第3回特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関する検討会議事録』2010年3月25日
- (5) 平林勝政「家族以外の非医療職による「痰の吸引」の容認について」『訪問看護と介護』10巻9号、日本看護協会出版会、2005年
- (6) 大島伸一「介護職員等によるたんの吸引等の実施の制度化の必要性」『月刊福祉』6月号、全国社会福祉協議会出版部、2011年
- (7) 川村佐和子『厚生労働科学研究費補助金 「ALS（筋萎縮性側索硬化症）およびALS以外の療養患者・障害者における在宅医療の療養環境整備に関する研究」』2007年3月
- (8) 『協会ニュース』514号、2010年4月15日
- (9) 『日医ニュース』第1173号、2010年7月20日
- (10) 内田千恵子『日本介護福祉社会ニュース』Vol.106、2011年10月15日
- (11) 看護問題研究会監修『厚生労働省「新たな看護のあり方に関する検討会」報告書』日本看護協会出版会、2004年
- (12) 草間朋子「「多職種連携」と「業務分担」で医療のあり方を見直す 1 ナースプラクティショナー（NP：診療看護師）の養成」『月刊保険診療』第64巻第7号、医学書院、2009年

- (13) 『日医ニュース』 第1147号、2009年 6 月20日
- (14) 『協会ニュース』 514号、2010年 4 月15日
- (15) Kingdon, John W., 『Agendas, Alternatives, and Public Policies』 2nd.Ed.Addison-Wesley Educational Publishers, 1995
- (16) 松下圭一 『政策型思考と政治』 東京大学出版会、2012年
- (17) 野村陽子 『看護制度と政策』 法政大学出版局、2015年
- (18) 広井良典 『ケア学—越境するケアへ—』 医学書院、2010年
- (19) 大島伸一、前掲 2011年
- (20) 堀田聰子 「オランダの地域包括ケア—ケア提供体制の充実と担い手確保に向けて—」 『労働政策研究報告書』 167号、独立行政法人労働政策研究・研修機構、2014年
- (21) 小野太一 「ラヒホイタヤの創設経緯等の日本の示唆」 『社会保障研究』 1 巻 1 号、国立社会保障・人口問題研究所、2016年

参考文献

- 辻中 豊 『利益集団』 東京大学出版会、1996年
- 寺澤 泰大他 「医療提供体制及び介護保険制度改革の概要と論点」 『立法と調査』 No351、2014年
- 中野 実 『現代日本の政策過程』 東京大学出版会、1992年
- 宮川公男 『政策科学入門』 東洋経済新報社、1998年